

## **Zastosowania koncepcji dialogowego Ja w psychoterapii, zwłaszcza w terapii rodzin**

### **The concept of “dialogical self” and its’ application for psychotherapy and especially for family therapy**

Bernadetta Janusz, Barbara Józefik, Bogdan de Barbaro

Katedra Psychiatrii UJ CM  
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski

#### **Summary**

The authors show how to use the concept of a “dialogical self” to conduct therapy, supervision and qualitative research of the process of psychotherapy. They pay special attention to usefulness of the presented concept and to investigate what happens to a therapist during a family meeting, i.e. the so called “inner conversation of the therapist”.

**Słowa kluczowe:** Ja dialogowe, wielogłosowość, badania jakościowe  
**Key words:** dialogical self, polyphony, qualitative research

#### **Wprowadzenie**

Rozwijająca się w ostatnich latach terapia dialogiczna nawiązuje do idei konstrukcjonistycznych. Jednak tym, co ją charakteryzuje w szczególności, jest kliniczna i empiryczna aplikacja jej podstawowych pojęć. W tym artykule wywodząca się z prac Michała Bachtina [1, 2] i Huberta Hermansa [3], a rozwijana przez Petera Robera i wsp. [4–9] koncepcja dialogowego Ja zostanie przedstawiona jako narzędzie analizy sesji terapeutycznej. Prezentowany nurt tworzy bowiem nową przestrzeń dla rozumienia procesów terapeutycznych. Ma on szczególne zastosowanie w superwizji, jak również stanowi ważny punkt odniesienia dla jakościowych badań procesu psychoterapii.

#### **Proces psychoterapii**

W świetle koncepcji dialogowego Ja proces psychoterapii jest rozumiany jako „dialog żywych osób”. „Żywymi” są w tym kontekście zarówno pacjenci/klienci, jak i członkowie rodziny z całym bagażem ich życiowych zaangażowań, marzeń, rozczarowań, wspomnień i obaw. Terapeuta posiada swoje „wewnętrzne głosy”, na które składają się m.in. jego osobiste doświadczenie i wiedza profesjonalna [5].

Wymienione „stany ja” pozostają ze sobą w interakcji – w „dialogu wewnętrznym”, a to, co jest wprowadzone w „dialog zewnętrzny”, zależy od „uzgodnień” dokonanych wewnątrz<sup>1</sup>. Ta konceptualizacja może być owocnym narzędziem w refleksji nad procesem psychoterapii.

Analizę dialogu toczonego na sesji terapeutycznej, jak również badanie „głosów wewnętrznych” czy – innymi słowy – wewnętrznej konwersacji terapeuty pozwala terapeutce analizować źródła jego interwencji. Aby zilustrować ten proces, przytoczymy sekwencję terapii pary<sup>2</sup>:

Mąż [ironicznie]: „Ona z niczym sobie nie radzi. Mieszkanie przypomina skład rzeczy znalezionych. Lodówka zazwyczaj jest pusta. Obiad gotuje o dziewiątej wieczorem, wyobraża sobie Pani, o dwudziestej pierwszej!!!” [patrzy na terapeutkę wyraźnie do niej zwrócony].

Żona [głosem podniesionym i napiętym]: „Ja pracuję dwanaście godzin, najpierw idę uczyć do szkoły, potem mam lekcje prywatne w domu, czasami do 19, do 19 mam lekcje prywatne w domu, jeszcze córka ciągle jest chora, dużo czasu spędzamy u lekarza. Przekładam lekcje, a potem mam je od rana do wieczora”.

Terapeutka [głosem wyrażającym zdziwienie<sup>3</sup>]: „Czy Państwo tak się umówiliście, że sprzątanie, zakupy i gotowanie to będą Pani obowiązki?”.

Przytoczony fragment sesji daje nam jedynie wyobrażenie o zewnętrznych głosach jego uczestników. Nie znamy zatem wewnętrznych głosów męża, które złożyły się na jego wypowiedź o nieudolności żony, jakkolwiek w prowadzonym dalej dialogu terapeutycznym możemy próbować je zidentyfikować. Możemy np. przypuszczać, że przytoczona wypowiedź reprezentuje głos patriarchalnej tradycji, w której został on wychowany. W kolejnej sekwencji odzywa się żona, słowa męża (opisujące jej nieudolność) i akcje (ironiczny ton głosu, kierowanie się do terapeutki) umiejscawiają żonę w pozycji osoby, która się tłumaczy (pozycjonowanie). Nie znamy jednak treści jej wewnętrznej rozmowy, która oprócz przytoczonej wypowiedzi męża i całego kontekstu spotkania, sprawiła, że w taki, a nie inny sposób skonstruowała ona swoją wypowiedź. Powyższy przykład obrazuje, jak koncepcja dialogowego Ja w psychoterapii uwrażliwia zarówno na to, co jest wypowiedziane, jak i na to, co bywa przemilczane. Można sobie bowiem wyobrazić, że pacjent przychodząc na pierwszą rozmowę terapeutyczną będzie w stanie zidentyfikować w sobie kilka głosów: głos, który mówi, że się boi, głos wskazujący na to, że się wygłupił przychodząc w to miejsce, głos, który nie wie, czego może się tu spodziewać i głos, który zawiera nadzieję, że można tu uzyskać ulgę, radę, pomoc. Wzajemna rozmowa wymienionych głosów wewnętrznych może prowadzić do ich selekcji (być może tych, które budzą najczęściej lęku czy wstydu). Dalej w procesie wzajemnych uzgodnień między pozostałymi głosami pacjent powie np., że nie wie, czy dobrze trafił i czy jego problem kwalifikuje się do pomocy terapeuty.

<sup>1</sup> O dialogu wewnętrznym pisze także Tom Andersen, zwracając uwagę na jego cyrkularny charakter oraz interakcje między wiedzeniem, odczuwaniem a zachowaniem (Andersen T. *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogue*. Kent, UK: Borgmann Publishing; 1991).

<sup>2</sup> Jest to fragment sesji prowadzonej w Zakładzie Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM.

<sup>3</sup> Reakcja terapeutki, a szczególnie „zdziwienie”, które brzmiało w jej głosie, zostanie omówione poniżej w ramach analizy wewnętrznych głosów terapeuty.

„Dialog wewnętrzny” może zatem zawierać wiele rozmów, z których tylko niektóre są wprowadzane. Dla terapeuty świadomość istnienia owych wewnętrznych, niewypowiedzianych „głosów” wydaje się być kluczowa. Wpływają one bowiem zasadniczo na stosunek pacjenta do samego siebie, jak również na relacje rodzinne. Głosy niewypowiedziane mogą być identyfikowane poprzez podejmowanie i niepodjęmowanie określonych zachowań, wycofanie, nadmierną aktywność czy klimat emocjonalny w rodzinie. Praca terapeuty jest zatem rozumiana jako wchodzenie w życie drugiego człowieka polegające na badaniu przestrzeni jego głosów wewnętrznych [5].

Tak więc dla terapeuty równie ważne jest to, co zostało wypowiedziane, jak i to, co pozostało niewypowiedziane. W kontekście terapii rodzin jest to tym ważniejsze, że w rodzinach w sposób szczególny istnieją niewypowiedziane reguły dotyczące bezsłownej konwersacji. Peter Rober [5] zwraca uwagę, że w trakcie sesji rodzinnej to, kto w danym momencie mówi, a kto milczy, może dawać wgląd w to, co pozostaje ukryte. Dalsza analiza dialogu koncentruje się na tym, jaki jest cel danej konwersacji. Podobnie terapeuta powinien analizować, kto bierze na siebie ryzyko otwierania trudnych, bolesnych tematów, kto bierze odpowiedzialność i zaczyna mówić wtedy, kiedy narasta napięcie. Analizie podlega także to, co w trakcie rozmowy jest dozwolone, a co niedozwolone. To, jak terapeuta i członkowie rodziny zachowują się na sesji, stanowi zaproszenie dla pojawienia się na niej takich, a nie innych znaczeń. W sytuacjach, kiedy członkowie rodziny zgadzają się we wszystkim ze sobą albo kiedy dzieci siedzą grzecznie na sesji, terapeuta może poddać analizie to, co może „tu – na sesji” być przeżywane jako niedozwolone.

Wzajemne porozumiewanie się uczestników terapii jest zatem aktywnym procesem wyrastającym z wewnętrznych dialogów. Słuchacz jest aktywnym uczestnikiem rozmowy poprzez sposób, w jaki reaguje na to, co usłyszał. Koncepcja „dialogu żywych osób” zachęca nie tyle do tego, by terapeuta zebrał informacje, dokonał właściwej analizy i zareagował w określony sposób, lecz do identyfikowania tego, co jest w werbalnym dialogu oraz tego, co pozostaje poza nim.

Peter Rober [5] jako przykład ważnego, aczkolwiek niewypowiedzianego głosu przytacza historię rodziny z chłopcem, z którym rodzice zgłosili się z powodu lęków nocnych. Ten jednakże na sesji nie odzywał się. Terapeuta uznał za kluczowe badanie wspólnie z rodzicami (poprzez domyślanie się i fantazje) tego, co może się kryć w milczeniu chłopca. W końcu oznajmił on, że nie będzie mówił, ale będzie rysował. Po dalszym badaniu okazało się, że przed terapią zwierzył się swojemu koledze, gdzie wybiera się z rodzicami, a ten na skutek swojego wcześniejszego doświadczenia dał mu następującą radę: „Nie odzywaj się tam ani słowem, bo będą Cię pytać, z kim chcesz mieszkać, kiedy twoi rodzice się rozwiodą”.

Słuchanie wypowiedzi pacjenta jako wielu współwystępujących w nim głosów może mieć również charakter identyfikowania różnych „pozycji jego ja” odzwierciedlonych w dających się wyodrębnić głosach pacjenta, np. głosu pełnego rozpacz, głosu wyrażającego nadzieję czy też głosu będącego przyswojonym głosem żony.

### **Rozumienie procesu terapii poprzez badanie wewnętrznego dialogu terapeuty**

Ważnym nurtem w ramach koncepcji dialogowego Ja jest analiza „wewnętrznych głosów terapeuty”, które bezpośrednio wpływają na dialog terapeutyczny. W jednej ze swoich pierwszych opublikowanych prac na ten temat Peter Rober [4] dokonuje

analizy wprowadzonej przez zespół mediolański metody stawiania hipotez. Hipoteza oznacza tam początkowy punkt poszukiwań terapeuty, stale weryfikowany w cyrkularnym procesie stawiania pytań. Takie zachowanie terapeuty miało chronić neutralność terapeuty i prowadzić do przymierza z poszczególnymi członkami rodziny. Oznaczało to, że terapeuta sprzymierzał się z każdym i z nikim jednocześnie [10]. Idea neutralności była rozwijana przez Gianfranco Cecchina [11]. W jego ujęciu neutralność oznaczała wytwarzanie i stałe utrzymywanie stanu zaciekawienia w umyśle terapeuty. Stymulowało to stałe poszukiwanie nowych punktów widzenia – stawiania nowych hipotez w trakcie sesji terapii rodzinnej, aż do znalezienia takich, które będą użyteczne dla rodziny. Według Robera [4] „dialogiczna wartość” hipotezy jest związana z otwarciem przestrzeni na pojawianie się nowych historii, z kolei jej „wartość etyczna” polega na tym, że zawierają one twierdzenia konstruktywne oraz że wyrażają szacunek do rozmówcy. Stawiana w trakcie sesji terapeutycznej hipoteza terapeuty jest w dialogowym ujęciu rozumiana jako budowanie przestrzeni na to, co dotąd niewypowiedziane. Pojawia się ona pod wpływem refleksji terapeuty, jest wynikiem jego wewnętrznej konwersacji. Warto na moment wrócić do sesji rodzinnej z szesnastoletnim chłopcem, który nie odzywa się w trakcie sesji, podczas gdy rodzice opisują jego niewłaściwe zachowania w szkole. Terapeuta w swoim dialogu wewnętrznym zastanawia się, o co mógłby zapytać chłopca, jeden jego głos wskazuje na to, że chłopiec jest w niekomfortowej sytuacji, słuchając o swoich „występkach”, drugi jest za tym, że chłopiec czuje się zmuszony do wizyty tutaj. W efekcie formułuje hipotezę mówiąc: „Wyobrażam sobie, że trudno Ci było tu przyjść, wydaje mi się również, że nie jest Ci łatwo, kiedy rozmowa koncentruje się na Twoich zachowaniach w szkole”. Hipoteza tego rodzaju jest efektem wewnętrznej konwersacji terapeuty. Może otwierać przestrzeń na to, co niewypowiedziane, w tym wypadku sygnalizowane milczeniem chłopca.

W kolejnej pracy Rober [6] odnosi się do konstrukcjonistycznej idei „niewiedzenia” (not-knowing stance [7]) jako porzucenia przez terapeutę pozycji eksperta. Badał on [6], co składa się na owo postulowane „niewiedzenie” terapeuty. Jego analizy podają w wątpliwość możliwość istnienia takiego stanu wewnętrznego terapeuty, który składałby się wyłącznie z pozycji „nie wiem”. Według Robera [6] traktowanie klienta/pacjenta jako eksperta nie wyklucza tego, że terapeuta ma zarówno przedwiedzę, jak i wiedzę uruchamianą w procesie terapii. Wnosi on w terapię (podobnie jak klient) to, kim jest, całą swoją wiedzę teoretyczną, jak i tę zdobytą w doświadczeniu: profesjonalną i osobistą. Rober przyjmuje za Bachtinem ideę odmienności, wręcz obcości mówiącego i słuchacza [6]. Owa odmiennosc jest traktowana jako najbardziej znaczący czynnik w rozumieniu, ponieważ tylko owa odmiennosc tworzy możliwość wzbogacenia dialogu. Ten punkt widzenia wydaje się umieszczać „niewiedzenie” w nowej, ciekawej perspektywie – nie mogą wiedzieć niczego z góry, skoro spotykam się z kimś odrębnym, obcym.

Powyższe analizy obrazują, w jaki sposób Rober reinterpretuje podstawowe pojęcia związane z aktywnością i postulowanym stanem mentalnym terapeuty – „stawianiem hipotez” i „niewiedzeniem”. W ujęciu konstrukcjonistycznym są one związane zarówno z rezygnacją terapeuty z pozycji uprzywilejowanego eksperta, jak i z cyrkularnym poszukiwaniem nowych opisów sytuacji rodzinnej. Tymczasem nurt wywiedziony z koncepcji dialogowego Ja stawia raczej pytanie o to, jak to się dzieje, że terapeuta

konstruuje takie, a nie inne wypowiedzi w trakcie sesji. Istotnym elementem w tej koncepcji jest wyróżnienie dwóch podstawowych wewnętrznych głosów terapeuty. Jeden z nich to „ja doświadczające samego siebie”, które zawiera osobiste wspomnienia, wyobrażenia i fantazje terapeuty aktywowane przez to, co obserwuje on w trakcie sesji rodzinnej (I for myself). Owo „ja doświadczające samego siebie” terapeuty stanowi zatem pozbawioną wstępnych założeń wrażliwość na opowieści pacjentów i na to, co pod wpływem tych historii się w nim dzieje.

Drugim głosem–pozycją ja terapeuty jest jego „ja profesjonalne”. Wypełnia je profesjonalna wiedza, aktywne tworzenie hipotez i przygotowywanie się na interwencje. Stanowi ono odpowiedź na to, co mówi rodzina (I for others) poprzez użycie profesjonalnego doświadczenia i wiedzy terapeuty, strukturowanie informacji, łączenie ich w jedną całość [6]. Udział terapeuty w sesji można rozumieć zatem jako rodzaj gry w teatrze, w którym ma on swoje co najmniej dwie role, które wchodzi ze sobą w dynamiczną interakcję zarówno w dialogu wewnętrznym, jak i zewnętrznym.

Koncepcja dialogowego Ja, rozwijana przez Petera Robera wspólnie z Jaakko Seikkulą i Aarno Latilą [9] pozwala dokonywać mikroanalizy sesji terapii rodzinnej przy użyciu takich conceptualnych narzędzi, jak „głosy”, „pozycjonowanie” i „sekwencyjność”. Poniżej przedstawiono fragment wcześniej cytowanej sesji terapeutycznej (tabela 1 na następnej stronie). W lewej kolumnie przedstawiono zapis „rozmowy zewnętrznej” z uwzględnieniem następujących po sobie sekwencji ciszy, śmiechu czy innych, możliwych do uchwycenia niewerbalnych aspektów konwersacji. W prawej kolumnie zapisane zostały „wewnętrzne głosy terapeuty” w takiej sekwencji, w jakiej były one wzbudzane poszczególnymi wypowiedziami członków rodziny czy też rozdiły się poprzez wewnętrzne dialogi terapeuty.

Taki sposób prowadzenia superwizji pozwala wniknąć w rozmowę terapeutyczną i daje możliwość refleksji nad złożonością terapeutycznego spotkania. Jakkolwiek każda analiza upraszcza rozgrywającą się na wielu poziomach realną rozmowę, przedstawione wyżej conceptualne narzędzia pozwalają uchwycić zjawiska, które pozostałyby niezauważone bez dokładnej transkrypcji dialogu terapeutycznego. Dotyczy to zwłaszcza wewnętrznych procesów, które zachodzą w terapii pod wpływem kolejnych sekwencji sesji terapeutycznej.

### **Badania jakościowe w psychoterapii**

Omawiana koncepcja pozwala także na refleksję badawczą nad strategiami terapeutycznymi rodzącymi się w trakcie rozmowy z pacjentem. W jednym z realizowanych projektów badawczych analizowano wewnętrzną konwersację terapeuty podczas symulowanej sesji terapii indywidualnej [8]. W badaniu brali udział licencjonowani terapeuci z Belgii, którzy zaraz po sesji terapeutycznej, odtwarzając sesję raz jeszcze na magnetofonie metodą Tape Assisted Recall<sup>4</sup>, spisywali swoje myśli i uczucia [13].

<sup>4</sup> Tape Assisted Recall to wywiad skonstruowany przez Roberta Eliota służący do badania zjawisk, istniejących w relacjach interpersonalnych, szczególnie w psychoterapii. Wywiad polega na badaniu nagrywanej interakcji (audio, wideo). Następnie nie dalej niż w ciągu 48 godzin jest przeprowadzany wywiad z jedną bądź wszystkimi biorącymi w niej udział osobami. Wywiadowi towarzyszy odtwarzanie nagrania badanego spotkania, a jego uczestnicy starają się przypomnieć sobie jak najwięcej myśli,

Tabela 1. Dialogowa analiza sesji terapeutycznej

Werbalna, zewnętrzna konwersacja w trakcie sesji	Wewnętrzna konwersacja terapeuty
Mąż [ironicznie]: <i>Ona z niczym sobie nie radzi. Mieszkanie przypomina skład rzeczy znalezionych. Lodówka zazwyczaj jest pusta. Obiad gotuje o dziewiątej wieczorem, wyobraża sobie Pani, o 21!</i> [patrzy na terapeutkę wyraźnie do niej zwrócony].	<b>Identyfikacja „ja doświadczającego samego siebie” terapeuty:</b> terapeutka czuje złość, przypisuje mężczyźnie wynikającą z plci przemoc kulturową.
Żona [głosem podniesionym i napiętym]: Ja pracuję dwanaście godzin, najpierw idę uczyć do szkoły, potem mam lekcje prywatne w domu, czasami do 19, do 19 mam lekcje prywatne w domu, jeszcze córka ciągle jest chora, dużo czasu spędzamy u lekarza. Przekładam lekcje, a potem mam je od rana do wieczora.	<b>Identyfikacja „ja doświadczającego samego siebie” terapeuty.</b> Terapeutka zaczyna przeżywać żonę jako ofiarę, udrczoną. Przeżywa bezradność. <b>Identyfikacja „ja profesjonalnego terapeuty”:</b> Terapeutka próbuje się dystansować od ogarniających ją uczuć poprzez uruchomienie myślenia o prawdopodobnych sprzężeniach – tę sytuację para tworzy razem, pomiędzy tymi postawami istnieje zależność cyrkularna. Terapeutka postanawia interweniować, zaciekawiając się tym, jak para razem funkcjonuje w takiej sytuacji.
Terapeutka [głosem wyrażającym zdziwienie]: Czy Państwo tak się umówiliście, że sprzątanie, zakupy i gotowanie to będą Pani obowiązki?	Wniosek z superwizji: w pytaniu terapeutki bardziej niż zaciekawienie brzmi zdziwienie <sup>1</sup> . Treść przekazu wyraża bardziej jej głos profesjonalny, ale wyrażone przy tym emocje: bardziej zdziwienie niż zaciekawienie, rodzą się pod wpływem „ja doświadczającego samego siebie”.

<sup>1</sup> Gianfranco Cecchin uważa (Cecchin G. *Hypothesizing, circularity and neutrality revised: An invitation to curiosity*. Fam. Process 1987; 26: 405–413), że wypowiedzi terapeuty powinny zawierać element zaciekawienia: „curiosity”. Wprawdzie „curiosity” można rozumieć także jako „zdziwienie”, lecz w kontekście terapii bardziej adekwatne wydaje się „ciekawość” i „zaciekawienie”, gdyż „zdziwienie”, może zawierać niepożądaną nutę negatywnej oceny.

Uzyskane dane były następnie kodowane zgodnie z metodologią teorii ugruntowanej<sup>5</sup>. Badanie pozwoliło wyodrębnić cztery główne, powtarzające się kategorie „wewnętrznych głosów terapeuty” (tabela 2 – na następnej stronie).

fantazji, emocji, których doświadczali w trakcie badanej interakcji. Tape Assisted Recall jest często używany w jakościowych badaniach procesu psychoterapii (Eliot R. *Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method*. W: Greenberg LS, Pincus WM, red. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press; 1986. s. 503–527).

<sup>5</sup> Metodologia teorii ugruntowanej opiera się na powiązanych ze sobą procesach zbierania i analizy danych empirycznych uzyskanych z wywiadów, obserwacji, zapisów i in. Pojęcie „ugruntowanie” oznacza, że badacz odwołuje się do danych empirycznych, kiedy tworzy pojęcia o coraz wyższym stopniu ogólności, czyli za każdym razem „ugruntowuje” on swoje koncepcje w oparciu o materiał empiryczny. Jej cechą charakterystyczną jest procedura kodowania pozwalająca na zintegrowane i pogłębione analizy materiału badawczego. Kodowanie oznacza, że każdej informacji nadawane są etykiety pojęciowe, a te, jako kategorie analityczne, są organizowane względem siebie w celu odtworzenia ich powiązań (Glaser B, Strauss AL. *Odkrywanie teorii ugruntowanej*. Kraków: Wydawnictwo Nomos; 2009; Charmaz K. *Teoria ugruntowana*. Warszawa: PWN; 2009). Metodologia ta stale się rozwija. Jest wykorzystywana m.in. w badaniach z zakresu medycyny, w tym także w psychiatrii i psychoterapii (Janusz B, Bobrzyński J, Furgał M, de Barbaro B, Gdowska K. *O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii*. Psychiatr. Pol. 2010; 44: 5–11).

Tabela 2. Prezentacja kategorii wyodrębnionych w opisywanym badaniu

Główne kategorie obrazujące rodzaje wewnętrznych głosów terapeuty w trakcie prowadzenia sesji terapeutycznej	Opis kategorii
Towarzystwo procesowi klienta	Pojęcie to obejmuje próby wczuwania się terapeuty w osobisty proces klienta „tu i teraz” w trakcie sesji. Uwaga terapeuty w tym wypadku jest skoncentrowana na kliencie.
Spostrzeganie historii klienta jako procesu	Pojęcie to odnosi się do traktowania jako procesu tego, o czym mówi klient. Terapeuta odnosi to do „tam i wtedy”, czyli do świata klienta poza sesją.
Koncentrowanie się na osobistym doświadczeniu terapeuty	Pojęcie to odnosi się do terapeuty jako „doświadczającego samego siebie”, co oznacza zarówno doświadczane emocje, refleksowanie, czy inne rodzaje wewnętrznej rozmowy z samym sobą w trakcie sesji.
Zarządzanie procesem terapeutycznym	Pojęcie to obejmuje aktywność terapeuty, która wynika z jego odpowiedzialności za rozmowę, czyli zwracanie uwagi na kontekst terapeutyczny, a w szczególności refleksję nad interwencjami terapeutycznymi. Wymiar ten odnosi się do terapeuty skoncentrowanego na tym, co może zrobić, aby pomóc klientowi.

Prezentowane kategorie poszerzają wcześniejszą konceptualizację, szczególnie w obrębie pojęcia „ja profesjonalne”, wyodrębniając takie kategorie jak towarzyszenie procesowi klienta, spostrzeganie historii klienta jako procesu i zarządzanie procesem terapeutycznym. Kategoria „ja doświadczające samego siebie” (I for myself) jest reprezentowana przez „koncentrowanie się na osobistym doświadczeniu terapeuty”. Zastosowanie analizy dialogicznej w badaniach jakościowych nad procesem terapeutycznym stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak to się dzieje, że terapeuci w taki, a nie inny sposób konstruują swoje terapeutyczne interwencje. Dzięki wyodrębnionym kategoriom analiza jakościowa pozwala na zróżnicowanie przedstawionej wcześniej koncepcji „ja profesjonalnego”.

### Podsumowanie

Wywiedziona z prac Michaiła Bachtina i Huberta Hermansa koncepcja dialogowego Ja stała się dla terapeutów użyteczną inspiracją teoretyczną i dostarczyła narzędzi dla opisu niektórych oddziaływań terapeutycznych. W samym procesie psychoterapii uwrażliwia ona terapeutę na „zaproszenia do zajmowania określonych pozycji” w prowadzonym dialogu. Koncepcja głosów daje możliwość badania różnych „składowych ja” wszystkich uczestników rozmowy terapeutycznej, nie wyłączając osoby terapeuty. Prezentowany nurt dostarcza także analitycznych narzędzi do prowadzenia superwizji, uczenia psychoterapii, jak również stanowi podstawę prowadzenia badań jakościowych dotyczących procesu psychoterapeutycznego. Daje możliwość analizy dialogów terapeutycznych, a tym samym śledzenia dramaturgii „żywego przedstawienia”, jakim jest sesja terapeutyczna. Koncepcja dialogowego Ja jest szczególnie istotna w refleksji nad

terapią rodzin, charakteryzującą się wielością interakcji i intensywnością procesów zachodzących w czasie trwania procesu terapii, pozwala na wnikliwe wsłuchanie się w wewnętrzne głosy psychoterapeuty oraz na refleksję nad tym, jak współkonstruuje one przebieg spotkania terapeutycznego. Analiza dialogiczna pozwala więc pokonać ograniczenia wcześniejszych podejść terapii rodzin, w niewielkim stopniu koncentrujących się na osobie terapeuty w procesie terapii. Przekracza ona bowiem sformułowane dotąd, również w nurcie konstrukcjonistycznym, postulaty związane z pożądaną aktywnością terapeuty (neutralność – zaniepokojenie, „niewiedzenie”) na rzecz pytania: „Co się dzieje w konkretnej sesji terapeutycznej?” i próby dostarczenia konceptualnych narzędzi, które pozwalają zmierzać się z tym pytaniem.

Krytycy tej koncepcji mogliby podnosić fakt, że niektóre z przedstawionych tu myśli nie są same w sobie czymś nowym dla teoretyków i praktyków psychoterapii (jak chociażby wrażliwość na przekaz pozawerbalny czy uważność na „to, co niewypowiedziane”). Nie zmienia to faktu, że koncepcja dialogowego Ja stanowi ważny krok w pogłębieniu refleksji nad procesem psychoterapii.

#### **Применение концепции „диалогового Я” в психотерапии, особенно терапии семей**

##### **Содержание**

Авторы показывают на возможность использования концепции „диалогового Я” в терапии, супервизии, а также представляют исследовательскую рефлексию над процессом психотерапии. Авторы обращают особенное внимание на пригодность предлагаемой концепции в качественных исследованиях „внутренней концепции терапевта”.

#### **Die Anwendung des Konzepts des „dialogischen Selbst“ in der Psychotherapie, besonders in der Familienpsychotherapie**

##### **Zusammenfassung**

Die Autoren zeigen die Möglichkeiten der Anwendung des Konzepts des „dialogischen Selbst“ in der Therapie, Supervision, und sie äußern ihre Überlegungen zu den Studien an dem psychotherapeutischen Verfahren. Sie machen auf den Einsatzbereich des geschilderten Konzepts in quantitativen Studien des „inneren Dialogs des Therapeuten“ besonders aufmerksam.

#### **La conception de « dialogical self » et son application dans la thérapie familiale et dans la psychothérapie**

##### **Résumé**

Les auteurs présentent les possibilités d'appliquer la conception de « dialogical self » dans le processus thérapeutique, de supervision et dans les recherches. Ils accentuent surtout son utilité dans les recherches concernant « the inner conversation of the therapist ».

#### **Piśmiennictwo**

1. Bachtin M. *Problemy poetyki Dostojewskiego*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1970.
2. Bachtin M. *Problemy literatury i estetyki*. Warszawa: Czytelnik; 1982.
3. Hermans HJ, Gieser T. red. *Handbook of dialogical self theory*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.

4. Rober P. *Constructive hypothesizing, dialogic understanding and the therapist's inner conversation: Some ideas about knowing and not knowing in the family therapy session.* J. Marital Fam. Ther. 2002; 28: 467–478.
5. Rober P. *Family therapy as a dialogue of living persons: a perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov, and Shotter.* J. Marital Fam. Ther. 2005; 31: 385–397.
6. Rober P. *The therapist's self in dialogical family therapy: Some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation.* Fam. Process. 2005; 44: 477–495.
7. Rober P, Van Easbeek D, Elliott R. *Talking about violence: A micro-analysis of narrative processes in a family therapy session.* J. Marital Fam. Ther. 2006; 23: 313–328.
8. Rober P, Eliot R, Buysse A, Loots G, De Corte K. *Positioning in the therapist's inner conversation: A dialogical model based on a grounded theory analysis of therapist reflections.* J. Marital Fam. Ther. 2008; 34: 406–421.
9. Rober P, Seikkula J, Latila A. *Dialogical analysis of storytelling in the family therapeutic encounter; Human Systems.* J. Ther. Consult. Train. 2010; 21: 27–49.
10. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. *Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session.* Fam. Process 1980, 19: 3–12.
11. Cecchin G. *Hypothesizing, circularity and neutrality revised: An invitation to curiosity.* Fam. Process. 1987; 26: 405–413.
12. Anderson H. *Then and now: From knowing to not-knowing.* Contemp. Fam. Ther. J. 1990; 12:193–198.
13. Eliot R. *Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method.* W: Greenberg LS, Pinsof WM. red. *The psychotherapeutic process: A research handbook.* New York: Guilford Press; 1986. s. 503–527.

Adres: Bernadetta Janusz  
Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 A

Otrzymano: 27.12.2011  
Zrecenzowano: 9.07.2012  
Otrzymano po poprawie: 15.07.2012  
Przyjęto do druku: 23.07.2012  
Adiustacja: A. K.